



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 25-29 juin 2001

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CE128/6 (Fr.)

17 avril 2001

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SUR LA 19^e SESSION DU SOUS-COMITÉ SUR LA FEMME, LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT

Le Directeur a l'honneur de présenter au Comité exécutif le Rapport final de la 19^e session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement qui s'est déroulée au Siège de l'OPS du 12 au 14 mars 2001.

Des représentants des Membres suivants du Sous-Comité, élus par le Comité exécutif ou nommés par le Directeur, ont assisté à la session : Belize, Canada, Chili, Cuba, États-Unis d'Amérique et Nicaragua. Le Venezuela n'était pas représenté. Des observateurs du Brésil, de la France, du Mexique, du Pérou et du Royaume-Uni étaient également présents au même titre que des représentants d'organisations intergouvernementales et non gouvernementales.

Le Bureau suivant a été élu pour la 19^e session : Mme Mariángeles Argüello du Nicaragua à la Présidence de la session; Mme Lynne Dee Sproule du Canada à la Vice-présidence et Mme Arelys Santana Bello de Cuba au poste de rapporteur. Le Dr Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinatrice, Programme sur la femme, la santé et le développement, OPS) occupait la fonction de Secrétaire technique.

Lors des séances, le Sous-Comité a discuté des articles suivants :

- Rapport sur les réalisations du Programme de l'OPS de la femme, la santé et le développement, 1999-2000
- Analyse et suivi de l'équité entre les sexes sur le plan de la santé et du développement : Pourquoi et comment

- Expériences en matière d'analyse et de suivi de l'équité entre les sexes sur le plan de la santé et du développement : Equateur, Mexique et Organismes des Nations Unies.
- Expériences concernant l'inclusion des indicateurs sur la violence liée au sexe dans les systèmes de suivi et d'informations sanitaires
- Production, analyse et diffusion de l'information sanitaire de l'OPS, ventilée par sexe.

Après une discussion approfondie, le Sous-Comité a mis au point une série de recommandations à l'intention du Comité exécutif lui demandant de les examiner et de les transmettre au Directeur et aux ministres de la santé.

Le dernier jour de la session, les Membres du Sous-Comité ont rejoint les Membres du Sous-Comité de planification et de programmation lors d'une séance portant sur le thème de la santé mentale et de la lutte contre le tabagisme.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



**19^e SESSION DU SOUS-COMITÉ SUR LA FEMME, LA
SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT**

Washington, D.C., E-U, 12-14 mars 2001

MSD19/FR (Fr.)
14 mars 2001
ORIGINAL : ESPAGNOL

R A P P O R T F I N A L

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	3
Election des membres	3
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions	4
Présentation et discussion des points	4
Rapport sur les résultats du Programme de l'OPS sur la Femme, la Santé et le Développement, 1999-2000	4
Analyse et suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement : pourquoi et comment	9
Expériences de l'inclusion des indicateurs de violence liés aux sexes dans les Systèmes d'information et de la santé	11
Production, analyse et diffusion de l'information sur la santé ventilée par sexe par l'OPS.....	15
Expériences de l'analyse et du suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement.....	16
Autres questions	25
Présentation des recommandations du Sous-Comité au Directeur du Bureau panaméricain de la Santé	25
Clôture de la session	28
Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste des documents	
Annexe C : Liste des participants	

RAPPORT FINAL

La 19^e session du Sous-Comité sur la Femme, la Santé et le Développement du Comité exécutif s'est tenue au siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C. du 12 au 14 mars 2001.

Les représentants des gouvernements suivants Membres du Sous-Comité élus par le Comité exécutif ou nommés par le Directeur conformément au mandat du Sous-Comité étaient présents : Belize, Canada, Chili, Cuba, Nicaragua et États-Unis. Le Venezuela n'était pas représenté. On a également noté la présence d'observateurs du Brésil, de la France, du Mexique, du Pérou et du Royaume-Uni. Des représentants de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales ont également participé.

Election des Membres

Les gouvernements membres suivants ont été élus Membres du Sous-Comité de la 19^e session :

<i>Président :</i>	Nicaragua	(Mme Mariángeles Argüello)
<i>Vice-Président :</i>	Canada	(Mme Lynne Dee Sproule)
<i>Rapporteur :</i>	Cuba	(Mme Arelys Santana Bello)

Sir George Alleyne (Directeur du Bureau sanitaire panaméricain) était le Secrétaire de droit et le Dr Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinatrice, Programme sur la Femme, la Santé et le Développement) était le Secrétaire technique.

Ouverture de la session

Le Directeur a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Il s'est félicité de voir un si grand nombre d'États membres représentés et a déclaré que leur présence témoignait de l'intérêt que les pays des Amériques accordaient aux questions relatives à la femme, la santé et le développement. Il a passé en revue à l'intention des nouveaux-venus l'historique du Sous-Comité et du Programme de l'OPS sur la Femme, la Santé et le Développement en soulignant qu'à l'origine, ils s'étaient principalement intéressés au statut des femmes au sein de l'Organisation. Progressivement, le Programme

était devenu un programme de coopération technique à part entière au sein de l'OPS et le Sous-Comité était devenu davantage qu'un comité consultatif technique sur les questions d'équité entre les sexes et de la santé. Bien qu'il ait été proposé de remplacer le mot "femme" par "équité entre les sexes" dans les noms du Sous-Comité et du Programme pour refléter cette nouvelle orientation, les deux organes avaient continué de se pencher principalement sur les questions se rapportant à la santé de la femme car l'Organisation était convaincue que les femmes étaient encore beaucoup plus affectées que les hommes par la discrimination entre les sexes qui était une manifestation frappante de l'inéquité menant à des inégalités dans l'état de santé.

Au cours des années récentes, l'une des principales priorités du Programme avait consisté à accroître la disponibilité des données ventilées par sexe car celles-ci étaient indispensables pour identifier les inégalités existantes et prendre des mesures en vue de les éliminer. La violence contre la femme – une autre manifestation grave de l'inéquité entre les sexes – suscitait aussi de graves préoccupations. Le Sous-Comité se pencherait sur les deux questions.

Le Dr Alleyne a conclu ses remarques liminaires en signalant que cela faisait plusieurs années que le Comité exécutif et le Conseil directeur avaient eu la possibilité de débattre des questions de la discrimination et de l'équité entre les sexes liées à la santé. Il a suggéré que le Sous-Comité pourrait éventuellement proposer, dans ses recommandations aux États membres, que ces sujets soient inscrits à l'ordre du jour des organes directeurs en 2002.

Adoption de l'ordre du jour et Programme des réunions (documents MSD19/1 et MSD19/WP/1)

Conformément à la Règle 2 du Règlement, le Sous-Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat et un programme de réunions.

Présentation et discussion des points

Rapport sur les activités du Programme sur la Femme, la Santé et le Développement de l'OPS, 1999-2000 (document MSD19/3)

Le Dr Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinatrice du Programme sur la Femme, la Santé et le Développement, OPS) a présenté un aperçu de la situation concernant les femmes et l'équité entre les sexes dans la Région puis a énuméré les résultats du

Programme sur la Femme, la Santé et le Développement (HDW) en 1999-2000 dans les domaines suivants :

Modèle intégré pour traiter la question de la violence familiale

Le modèle, mis au point par le HDW en collaboration avec des homologues nationaux et les gouvernements de la Suède, de la Norvège et des Pays-Bas, avait été mis en œuvre dans dix pays et la Banque interaméricaine de développement (BID) l'avait reproduit dans six autres pays. L'objectif consistait à identifier les actions, ou le "chemin critique" emprunté par les femmes qui tentaient d'échapper à des situations violentes en vue de pouvoir mettre en place un réseau communautaire intersectoriel pour soutenir et aider les victimes de la violence familiale et entreprendre des activités d'éducation et de prévention. Un total de 100 réseaux communautaires fonctionnaient aujourd'hui. En outre, le Programme a publié *Domestic Violence: Women's Way Out*, la traduction anglaise du protocole de recherche utilisé dans les études de chemin critique et a joué un rôle essentiel dans l'organisation du Symposium 2001 : Violence entre les sexes, santé et droits qui doit se tenir provisoirement du 4 au 7 juin 2001, à Cancún, Mexique.

Equité entre les sexes dans la réforme du secteur de la santé

Le Programme a assuré la coordination de six études sur les inégalités entre les sexes pour ce qui est de l'accès aux services de santé et au financement des soins de santé. En outre, le HDW mettait au point plusieurs instruments pour permettre aux pays d'analyser, de défendre et de suivre l'état de santé lié aux sexes de même que l'accès des hommes et des femmes aux services de santé. Avec un soutien de la Fondation Ford, ces instruments étaient utilisés dans deux pays.

Equité entre les sexes dans la qualité des soins de santé

Le Programme a réalisé des études dans six pays qui avaient examiné la manière dont les différences entre les sexes avaient influencé les perceptions de l'état de santé et de la maladie chez les utilisateurs des services de santé et les fournisseurs de soins de santé. Les résultats ont été incorporés dans la formation du personnel de santé dans les domaines étudiés.

Participation des femmes autochtones à la promotion de la santé, aux soins et à la formation

Le Programme prévoyait un projet de quatre ans en vue d'encourager l'équité entre les cultures et les sexes dans la réforme du secteur de la santé des pays d'Amérique centrale à l'aide d'un modèle mis au point dans neuf communautés guatémaltèques. Le

HDW a collaboré avec le Ministère de la santé et les conseils de femmes autochtones au Guatemala afin d'offrir aux femmes et au personnel de santé une formation à l'utilisation des pratiques de soins de santé autochtones à la fois traditionnelles et modernes. Le projet serait lancé en 2001.

Participation des hommes aux Programmes de santé reproductive

Le HDW avait reçu un soutien du gouvernement de l'Allemagne pour une recherche opérationnelle dans sept pays d'Amérique centrale. Premièrement, dans quatre pays, l'étude recenserait les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des hommes à l'égard de leur santé reproductive et de celle de leur famille. Puis, sur la base de cette information, des modèles seraient créés en vue de mieux satisfaire les besoins des hommes en matière de santé reproductive.

Incorporation de l'équité entre les sexes dans les travaux de l'OPS

Le principal mandat du Programme consistait à démarginaliser les questions d'équité entre les sexes dans toutes les politiques et les activités de coopération technique de l'OPS. Le Sous-Comité a offert des directives quant à la manière de réaliser ce mandat au sein de l'OPS de même que sur la coopération technique proposée par le Programme aux États membres. Entre autres activités, le HDW collaborait avec les différentes divisions en vue d'inclure des indicateurs de l'équité entre les sexes dans les instruments de la réforme du secteur de la santé, d'introduire l'optique de l'équité entre les sexes dans un projet sur l'utilisation des pesticides en Amérique centrale, d'élaborer des normes de santé du travail distinctes selon les sexes et de mettre au point une approche de la santé mentale, notamment la dépression, qui s'appuie sur la communauté et soit sensible aux différences entre les sexes.

Fournir des informations sur l'équité entre les sexes

L'une des principales fonctions du HDW consistait à fournir des informations à ses points focaux dans les pays, ses homologues des ministères de la santé et bureaux nationaux de femmes et autres actionnaires et groupes qui s'intéressaient de près aux questions d'équité entre les sexes dans la Région. Le Programme avait publié un certain nombre de publications dont le Sous-Comité a pu obtenir des exemplaires. Il a également un site Web et une "listserve" (gensalud@paho.org) qui fournit des informations sur les conférences, les études, les législations et la défense de l'équité entre les sexes dans les pays. En outre, le Programme travaillait à la création de liens avec d'autres systèmes d'information, y compris la Bibliothèque virtuelle de la santé de l'OPS.

Des renseignements supplémentaires sur les activités du Programme dans les domaines susmentionnés ont été inclus dans le document MSD19/3, qui suggérait également des moyens qui permettraient aux membres du Sous-Comité d'aider le Programme à renforcer l'équité entre les sexes dans la santé et le développement.

Le Sous-Comité a applaudi l'ambitieux plan d'action du Programme. En particulier, ses activités et ses interventions avec les groupes de femmes au niveau local, notamment les groupes autochtones, ont été plus particulièrement loués. L'impact différent de la violence sur les hommes et les femmes a été mis en lumière. Il a également été souligné qu'outre les autres problèmes mentionnés dans l'introduction du document, dans les pays où la violence et les autres causes extérieures étaient les principales causes de décès, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes se creusait et que de plus en plus de femmes devenaient veuves, plus pauvres et assumaient un fardeau de plus en plus pesant. De plus, la "féminisation du VIH" est un phénomène croissant dans divers pays car les taux d'infection progressaient plus rapidement chez les femmes que chez les hommes.

Des informations plus précises ont été demandées sur le modèle intégré pour traiter le problème de la violence familiale, notamment sur sa répliquabilité, son impact en terme de réduction de la violence entre les sexes dans les pays de même que sur la stratégie de l'OPS pour étayer les groupes de soutien au niveau de la communauté qui sont mentionnés dans le document. Des questions ont aussi été posées sur la réussite de l'initiative d'inclusion des critères relatifs à l'équité entre les sexes dans l'analyse et les décisions politiques concernant la situation nationale de la santé et sur l'incorporation d'une composante politique dans les études sur les inégalités entre les sexes dans l'accès aux services de santé et au financement des soins de santé.

Le Dr Velzeboer-Salcedo a souligné que le document ne présentait qu'un bref résumé des activités du Programme. Le HDW serait heureux d'offrir des informations plus approfondies aux États membres qui le souhaitent. S'agissant de l'impact du modèle intégré, le Programme ne disposait d'aucunes données montrant que la violence avait fléchi à la suite de l'application du modèle. Il avait été espéré qu'une évaluation ou "examen des pratiques modèles", prévue pour juin 2001, produirait des informations à ce sujet, quoique les données soient principalement qualitatives et non pas quantitatives, conformément au principal objectif du modèle, à savoir l'amélioration des soins et des services offerts aux victimes de la violence familiale. Le Programme envisageait avec optimisme que les systèmes de surveillance de la violence familiale en place dans certains pays offriraient des informations sur l'étendue du problème qui pourraient être utiles dans l'élaboration de politiques et de programmes. L'étude de l'OMS dans plusieurs pays sur la santé des femmes et la violence familiale, bien que n'incluant que deux pays pour les

Amériques, pourrait aussi fournir des données sur la prévalence et les protocoles de cette étude pourraient être adaptés et appliqués dans d'autres pays.

Pour ce qui était de la répliquabilité du modèle, de nombreuses composantes pourraient effectivement être reprises ou adaptées à l'utilisation de différents pays. Sur la base de l'étude des pratiques modèles, le Programme projetait une publication qui présenterait le modèle de telle façon que les pays pourraient l'adapter ou l'élargir pour tenir compte de leurs besoins spécifiques. Le HDW soumettrait également les prototypes des normes et des protocoles mis au point en conjonction avec le modèle. Quant aux groupes de soutien communautaires, ils restaient une excroissance des réseaux communautaires et n'étaient pas appuyés par un financement de l'OPS, bien que le Programme ait apporté un soutien technique à leur création. Leur degré de viabilité variait donc d'une communauté à l'autre.

Pour ce qui de l'inclusion des critères relatifs à l'équité entre les sexes dans l'analyse et les politiques des pays, le Dr Velzeboer-Salcedo a expliqué que les instruments d'analyse, de défense et de planification préparés par le Programme seraient mis au banc d'essai au Chili et au Pérou. Le HDW travaillait en relation étroite avec les ministères de la santé, les commissions de réforme du secteur de la santé et d'autres parties prenantes dans ces pays afin de décider comment obtenir des informations utiles, les diffuser et les utiliser. S'agissant de la recherche sur les inégalités entre les sexes pour l'accès et le financement des services de santé, l'un des principaux objectifs de ces études consistait à recueillir des informations qui seraient utiles pour la prise de décisions politiques; une formation avait été dispensée avant le début de la recherche afin d'assurer que les résultats se concrétiseraient par des politiques.

Le HDW était conscient que la féminisation du VIH représentait un problème croissant. Toutefois le Programme n'avait pas fait du VIH/SIDA l'un de ses domaines d'action prioritaires car l'OPS avait un programme consacré spécifiquement à cette question dont les travaux étaient abordés sous l'angle de l'équité entre les sexes. Le HDW a collaboré avec le programme sur le VIH/SIDA dans certains cas. De même, le Programme était très conscient de l'impact différent de la violence sur les hommes et sur les femmes et du fait que ce sont les femmes qui sont principalement affectées par la violence familiale, alors que les hommes sont plus souvent victimes de la violence sociale. Le HDW a étroitement collaboré avec le programme de l'OPS sur la prévention de la violence et est intervenu indirectement dans la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence, créée par l'OPS, l'Organisation des États américains, la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis et l'UNESCO. Néanmoins, le HDW était essentiellement axé sur les femmes et l'impact de la violence familiale sur elles.

Se faisant l'écho des commentaires du Dr Velzeboer, le Directeur a déclaré que la Coalition se penchait sur la question de la violence dans son ensemble. Le HDW n'était pas concerné par tous les aspects de la violence mais uniquement par ceux qui étaient liés à l'équité entre les sexes.

Analyse et suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement : pourquoi et comment (document MSD19/4)

Le Dr Elsa Gómez Gómez (Programme sur la Femme, la Santé et le Développement de l'OPS) a présenté le document sur ce point; il résume les mesures prises par le HDW en réponse aux recommandations des 13^e et 14^e sessions du Sous-Comité, qui lançaient un appel en faveur du développement d'un système régional pour le suivi et l'évaluation de l'équité entre les sexes en matière de santé. Le terme "équité entre les sexes" faisait allusion à l'élimination de différences évitables, inutiles et injustes entre les hommes et les femmes pour ce qui est de l'état de santé et de ses facteurs, de l'allocation des ressources et de la disponibilité des services sur la base de leurs besoins spécifiques, du recours et du paiement des soins adéquats et de la participation aux travaux et à la prise de décisions liés à la santé.

En réponse aux recommandations du Sous-Comité, les mesures suivantes avaient été prises : 1) identification des problèmes prioritaires et mise au point d'indicateurs; 2) création d'un groupe consultatif interprogrammatique auprès du HDW qui avait guidé l'élaboration d'un profil régional de la santé féminine de même que la formulation d'une proposition en vue de la création de mécanismes de suivi et d'information sur l'équité entre les sexes devant être mis en place dans les pays; 3) l'obtention d'un financement partiel pour étayer la capacité nationale de suivi et d'analyse de la situation des politiques de réforme de la santé et 4) l'inclusion d'une série d'indicateurs de base sur les sexes dans les instruments utilisés par le Programme spécial de l'analyse de la situation sanitaire de l'OPS et par la Division du développement des systèmes et services de santé pour l'analyse de la situation de la santé et le suivi des processus de réforme.

La première étape de la formulation de la proposition de système d'information et de suivi (connu sous le nom de son sigle espagnol : SIMEGS) avait consisté à identifier la nature des informations requises pour faire apparaître les disparités en matière de santé imputables aux inégalités entre les sexes. Le document dressait la liste des types de renseignements à recueillir. Le plan d'action de mise en œuvre de la proposition était axé principalement sur le renforcement des capacités de production de statistiques sur les sexes au niveau national puisque l'Organisation ne produisait pas ses propres données mais s'appuyait plutôt sur l'information recueillie par les États membres. Le plan avait trois principaux objectifs : production de l'information sur les orientations politiques, communication simple et efficace de l'information aux bénéficiaires concernés du

gouvernement et de la société civile et institutionnalisation de la production, de la diffusion et du suivi des statistiques sur les sexes. Les activités en cours et les stratégies à employer pour réaliser le plan d'action et mobiliser les ressources pour mettre en œuvre la proposition étaient présentées dans le document.

Le Sous-Comité s'est déclaré très favorable à la proposition et au plan d'action et a confirmé l'importance de la production de statistiques sur les sexes dans le but de résoudre la question des inégalités entre les sexes en matière de santé. Il a été estimé que la proposition permettrait de faire des progrès très sensibles vers l'équité entre les sexes à la fois au niveau national et international. Le Sous-Comité a par conséquent exhorté l'OPS et les États membres à faire de l'équité entre les sexes une question prioritaire. Il a été souligné que l'équité entre les sexes n'était pas uniquement une question de justice sociale; c'était une condition indispensable à la réalisation complète du potentiel de développement des pays. Pour atteindre ce but, l'engagement politique et le soutien financier au niveau national étaient critiques. Plusieurs délégués ont également fait remarquer que bien que la production de données ventilées exactes était essentielle, il était tout aussi important de disposer d'un cadre pour les analyser qui fasse apparaître les inégalités entre les sexes puis d'élaborer des interventions en vue d'éliminer les inégalités décelées.

Différents membres ont décrit les efforts actuellement déployés dans leurs pays pour identifier les inégalités entre les sexes en matière de santé et ont proposé de partager les informations et les expériences de leurs pays. L'importance des échanges et de la collaboration entre les pays a été mise en évidence.

Le Dr Gómez s'est félicité que le Sous-Comité considérait que le suivi des inégalités entre les sexes était une priorité pour l'Organisation. C'en était une pour le Secrétariat depuis un certain nombre d'années, mais les États membres y avaient accordé moins d'importance. Le fait que de nombreux pays prenaient des mesures en vue de recueillir et d'analyser les statistiques sur les sexes était un signe encourageant.

Le Directeur s'est aussi déclaré satisfait de l'enthousiasme du Sous-Comité pour l'initiative et pour le partage des expériences de suivi des inégalités entre les sexes. L'analyse des inégalités en matière de santé imputables à l'absence d'équité entre les sexes était intrinsèquement difficile. Il était malaisé d'obtenir des données de qualité sur les différences entre les hommes et les femmes en matière de santé et sur les facteurs de ces différences. Même lorsque des données ventilées étaient disponibles, il était difficile de savoir si les résultats relatifs à la santé étaient liés à des facteurs d'équité socialement déterminés ou à des différences biologiques entre les sexes. De surcroît, les différences de structure sociale dans les pays se traduisaient par des différences dans la mesure où les facteurs de santé pouvaient être attribués au sexe. Néanmoins, ces difficultés ne feraient

pas fléchir la détermination de l'Organisation à progresser dans la mise au point d'indicateurs pour démontrer quelles sont les différences au niveau de la santé qui sont imputables aux sexes. Sans ces indicateurs, il serait impossible de mettre au point des interventions destinées à modifier les facteurs relatifs aux sexes se traduisant par des inégalités dans le domaine de la santé, ce qui constituait l'objectif ultime.

Expériences de l'inclusion des indicateurs de violence liés aux sexes dans les Systèmes d'information et de suivi de la santé (documents MSD19/7 et MSD19/8)

Deux exposés ont été présentés sur ce point. D'abord, Mme Cathy Alma Cuellar (Coordinatrice sous-régionale pour l'Amérique centrale, Programme sur la Femme, la Santé et le Développement, OPS) a décrit la mise au point de systèmes de surveillance de la violence au sein de la famille dans les pays d'Amérique centrale dans le cadre du modèle intégré pour traiter le problème de la violence familiale. L'attention croissante portée à la violence familiale à la suite de l'application du modèle avait mis en exergue la nécessité de meilleurs systèmes d'information et de surveillance pour documenter l'ampleur du problème. Bien qu'il reste encore beaucoup à faire, des progrès très sensibles avaient été accomplis depuis le milieu des années 90, lorsque la question de la violence familiale était encore largement méconnue en Amérique centrale et que la plupart des cas d'abus physiques étaient classés et déclarés dans les systèmes d'information sur la santé dans la large catégorie de "lésions".

La totalité des sept pays d'Amérique centrale recueillaient actuellement des données sur la violence familiale. Des indicateurs destinés à suivre le respect des engagements internationaux, tels que la Convention de Belem do Pará, étaient en cours d'élaboration. Le document MSD19/8 incluait des informations sur chacun des pays sur les niveaux de surveillance, les instruments de recueil de données utilisés, les secteurs qui participaient au recueil et à la production de l'information, les variables et les indicateurs suivis, les utilisateurs de l'information et le secteur principalement responsable de la surveillance de la violence au sein de la famille. Il comprenait aussi des échantillons de rapport sur la violence au sein de la famille préparés à partir des données recueillies.

L'expérience de l'Amérique centrale avait suggéré plusieurs des caractéristiques de systèmes efficaces de surveillance de la violence familiale, à savoir : la consolidation des systèmes de surveillance avec les systèmes de surveillance et d'information de la santé, l'importance de la production des rapports dans de bons délais et une large diffusion des informations; il était également souhaitable de relier les systèmes de surveillance de différents secteurs afin de faciliter les orientations, le suivi et le partage des résultats, d'analyser les données de surveillance pour formuler et suivre les politiques destinées à réduire les inégalités en matière de santé publique, combler le fossé entre les chercheurs, les décideurs, les fournisseurs et les bénéficiaires des interventions sur la

violence familiale. Ils doivent être également mis au banc d'essai et constamment évalués avec une large participation des parties prenantes. Avant tout, les systèmes de surveillance devaient produire des informations qui pouvaient être traduites en politiques et interventions qui protégeraient les victimes de la violence au sein de la famille et optimiseraient leur santé et leur développement humain.

Le second exposé a été fait par le Dr Dora Caballero (Point focal pour la Bolivie, Programme sur la Femme, la Santé et le Développement, OPS) qui a fait état de l'inclusion des indicateurs sur la violence familiale dans les systèmes d'information et de surveillance de la santé de Bolivie, d'Equateur et du Pérou. Comme en Amérique centrale, la mise au point de sous-systèmes de surveillance et d'information sur la violence familiale s'était inscrite dans le cadre d'un modèle intégré du projet intitulé "Violence contre les femmes et les filles : proposition de coordination des interventions" lancé en 1995 dans les trois pays. Ce projet avait tenté de faire comprendre au public que la violence familiale était un problème de santé publique. Dans ces trois pays, les variables de la violence au sein de la famille avaient été incorporées dans les systèmes de surveillance épidémiologique existants des ministères de la santé. Le document MSD19/7 a fourni des détails sur les types d'informations produites, les instruments de déclaration et de recueil des données utilisés, la portée et les utilisateurs du système, l'entité responsable et certains des résultats dérivés de l'application de l'information sur la violence familiale dans chaque pays.

Parmi les difficultés à surmonter avant d'inclure les données relatives à la violence familiale dans les systèmes d'information et de surveillance existants et de faire comprendre que la violence au sein de la famille était un problème de santé publique, il y avait la conviction que la violence familiale était une affaire privée, la réticence des ressources humaines institutionnelles à assumer des tâches nouvelles, la crainte des agents de santé de se trouver impliqués dans des questions de justice et de police et le fait que les décideurs ne saisissaient pas la gravité du problème ou de ses implications pour la santé et le bien-être économique. Bien qu'il fût aujourd'hui possible dans les trois pays d'obtenir des informations sur la violence familiale, ses caractéristiques et les contextes dans lesquels elle se produit, différents problèmes se posaient encore, notamment les problèmes de recueil de l'information imputables au manque de formation du personnel opérationnel et statistique, au contrôle insuffisant de la qualité des informations, à l'insuffisance de méthodologies adaptées pour analyser les données recueillies et à l'utilisation et la diffusion limitées de l'information.

Pour l'avenir, les défis étaient le suivi et l'évaluation des systèmes actuels de même que les variables et indicateurs utilisés aux fins de procéder aux ajustements nécessaires, l'adaptation des variables pour satisfaire les besoins en fourniture de services, le renforcement des mesures plurisectorielles et la participation d'acteurs

multiplés, la formation systématique du personnel opérationnel afin d'améliorer la qualité de l'information recueillie, l'élaboration de mécanismes de large diffusion au sein des institutions et entre elles des informations relatives à la violence familiale et l'utilisation de l'information dans la formulation des politiques et la prise de décision.

Le Sous-Comité a reconnu la nécessité de suivre et de caractériser la violence au sein de la famille pour que le problème soit vu comme une question de santé publique et que des politiques et des interventions efficaces soient mises au point pour le traiter et le prévenir. Il a été souligné que sans la base de données requises, la violence au sein de la famille continuerait d'être traitée par le biais de mesures d'intervention de crise plutôt que de stratégies de prévention. Un délégué a fait remarquer que si l'on disposait de meilleures données sur la nature et l'ampleur de la violence familiale, il serait possible de démontrer que celle-ci affectait non seulement les individus et leur familles, mais avait aussi un impact direct sur la santé et le développement économique des pays. Un autre délégué a insisté sur la nécessité d'informations qualitatives autant que quantitatives pour mieux saisir le phénomène de la violence au sein de la famille de même que les facteurs de risques et les conséquences qui lui sont associés.

Le Sous-Comité a également souligné l'importance de relier l'information à l'action puisque le but ultime du recueil de l'information était de mettre fin à la violence. Le recueil de données ne devait pas être une fin en soi mais devait être aiguillée pour satisfaire les besoins des décideurs, des planificateurs d'interventions et des fournisseurs de services. On a également insisté sur la nécessité de protéger les victimes. Il a été recommandé que des directives de déontologie et de sécurité fiables soient suivies, telles que celles qui avaient été mises au point pour une étude de l'OMS sur plusieurs pays, dans les recherches sur la violence au sein de la famille. Plusieurs délégués ont rappelé que le personnel de santé qui intervenait dans le recueil et l'analyse des données sur la violence familiale devait être formé.

L'OPS a été encouragée à continuer à appuyer les pays à élaborer des systèmes d'information et de surveillance de la violence familiale et à promouvoir l'examen du problème sous l'angle de la santé publique. On a insisté sur la nécessité de tirer parti des ressources en informations et des instruments de recueil de données existants de même que sur le besoin de définitions communes et d'instruments uniformes afin d'assurer la validité et la comparabilité des données recueillies. Il a été suggéré d'ajouter les questions sur la violence familiale aux enquêtes démographiques et sanitaires ou aux enquêtes plus réduites qui leur sont associées. L'étude de l'OMS sur plusieurs pays avait également été citée au titre de ressource dont l'OPS et les pays pourraient tirer parti.

Plusieurs questions ont été soulevées sur des aspects particuliers des expériences décrites par les deux orateurs. L'une d'entre elles concernait la modification des schémas

de la violence familiale dans des situations de catastrophe. Mme Cuellar a été invitée à donner davantage de détails sur les résultats du dépistage de la violence conjugale à la suite de l'ouragan Mitch, qui étaient mentionnés dans le document MSD19/8. Un délégué a déclaré que les efforts déployés pour mettre en place la surveillance de la violence familiale dans son pays n'avaient pas été couronnés de succès en grande partie parce que le personnel de santé éprouvait de la réticence à intervenir dans les procédures judiciaires associées à la déclaration des cas de violence au sein de la famille. Le Dr Caballero a été invité à formuler davantage de commentaires quant à la façon dont l'obstacle pouvait être surmonté.

Le Dr Caballero a convenu que les lois qui exigeaient des agents de santé qu'ils déclarent les cas suspectés d'abus physiques aux autorités judiciaires ou d'application des lois pouvaient constituer une désincitation à la déclaration et une entrave à la surveillance de la violence familiale. En Bolivie, par exemple, le personnel de santé qui ne déclarait pas les cas d'abus était soumis à des sanctions. Parallèlement, toutefois, les médecins de Bolivie et d'autres pays jouissaient d'une protection professionnelle et n'étaient pas tenus de révéler des informations confidentielles sur les patients. Il conviendrait de réexaminer les dispositions juridiques concernant la déclaration des abus dans le but d'encourager les fournisseurs de soins de santé à consigner les informations sur la violence familiale et de faciliter la résolution du problème sous l'angle de la santé publique. Pour ce qui est de l'inclusion des questions relatives à la violence dans les enquêtes démographiques et sanitaires, elle a noté qu'en Bolivie et au Pérou, les variables de la violence familiale avaient été ajoutées à ces enquêtes.

En réponse à la question sur la surveillance de la violence familiale à la suite de catastrophes, Mme Cuellar a expliqué qu'après l'ouragan Mitch, un dépistage de la violence conjugale avait été réalisé dans des installations de soins de santé spécifiques en vue de déterminer si la violence familiale augmentait après une catastrophe et d'étudier les facteurs qui pouvaient contribuer à cette progression. Les résultats de cet exercice étaient préparés à une diffusion publique, mais des données préliminaires avaient confirmé que la surveillance active de la violence au sein de la famille devait être intensifiée dans des situations de catastrophe. En réponse à une autre question concernant les instruments de recueil de données utilisés en Amérique centrale, elle a déclaré que tous les instruments étaient compatibles avec la Classification internationale des maladies, Dixième révision (CIM-10), bien que les formulaires de déclaration varient d'un pays à l'autre.

Le Directeur a rappelé que ce n'est qu'il y a 15 à 20 ans que l'on avait commencé à voir la violence comme un problème de santé publique et que l'idée que la violence familiale était un problème de santé publique était plus récente encore. C'est pourquoi il estime que de nombreux progrès ont été accomplis en peu de temps. La violence contre

les femmes a pris plusieurs formes. Certains types de violence sont liés au sexe alors que d'autres types sont liés à la biologie de la femme – par exemple, certaines pratiques de santé reproductive. Ce dernier point constituait une question à part sur laquelle l'Organisation se pencherait à l'avenir. S'agissant de la violence au sein de la famille, le but était d'identifier les aspects du problème qui pouvaient être traités au moyen d'interventions. Par exemple, il serait beaucoup plus facile de mettre au point une intervention qui étudie les facteurs du contexte géographique/spatial propices à la violence familiale que de tenter de modifier les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes qui sont profondément enracinées et difficiles à changer.

Toutefois, avant que le secteur de la santé publique puisse commencer à entrevoir ce qui pouvait être fait pour réduire la violence familiale, il était nécessaire de déterminer toute l'ampleur du problème et d'en comprendre les causes. A cet égard, beaucoup restait encore à faire. Le fait que l'on dépendait des victimes pour les déclarations constituait l'un des principaux obstacles puisque les actes de violence familiale étaient rarement communiqués par des tiers. Jusqu'alors, les informations recueillies étaient minimales. Pour chaque cas déclaré, il ne fait aucun doute qu'un plus grand nombre ne l'était pas. Pourtant, a-t-il répété, les percées réalisées lors des deux expériences soumises au Sous-Comité donnaient des raisons d'espérer.

Production, analyse et diffusion de information sur la santé ventilée par sexe par l'OPS

Le Dr Cristina Schneider (Programme spécial d'analyse de la situation sanitaire, OPS) a décrit les informations ventilées par sexe produites dans le cadre de l'initiative sur les données centrales de santé de l'OPS. L'initiative, lancée en 1995, était destinée à renforcer les capacités du Secrétariat et des États membres à compiler et analyser systématiquement les informations sur la santé pour les utiliser dans la prise de décisions. C'était aussi un véhicule de coopération technique pour promouvoir le développement de systèmes d'information sur la santé dans les pays et encourager l'analyse des inégalités dans le domaine de la santé. La base de données centrales comprenait 124 indicateurs dans cinq catégories : démographique, socio-économique, mortalité, morbidité et accès, ressources et couverture des services de santé. Cinquante-trois de ces indicateurs étaient dans une certaine mesure ventilés. Par exemple, les données démographiques sur l'espérance de vie à la naissance étaient ventilées par sexe de même que les données socio-économiques sur le degré d'instruction et les données de mortalité pour 17 causes de décès dans 24 pays.

Le Dr Schneider a montré comment accéder au système central de données du site Web de l'OPS (www.paho.org) et a fait remarquer que le système était en cours de restructuration pour le rendre plus convivial. Elle a aussi distribué une brochure sur les

données centrales. Des informations supplémentaires pouvaient être obtenues auprès du Programme spécial d'analyse de la situation sanitaire.

Le Sous-Comité a reconnu le rôle de chef de file de l'OPS pour donner accès aux informations centrales de santé en vue de faciliter l'élaboration des décisions et des politiques dans la Région et a encouragé l'Organisation à continuer de chercher à produire des données ventilées. Le Dr Schneider a été invitée à formuler des commentaires sur la manière dont le Programme spécial d'analyse de la situation sanitaire faisait face aux difficultés, mentionnées à plusieurs reprises par le Sous-Comité pendant la session, de la production de statistiques qui permettraient l'analyse des inégalités entre les sexes dans le domaine de la santé.

Le Dr Schneider a expliqué que les indicateurs choisis pour être inclus dans l'initiative des données centrales étaient proposés par les différents programmes de l'Organisation, puis minutieusement examinés par un comité consultatif qui évaluait l'importance de l'indicateur et la faisabilité du recueil des données nécessaires. Dans certains cas, même si l'importance de l'indicateur était reconnue, il n'était pas sélectionné car il y avait un problème de disponibilité ou de comparabilité des données. Le Sous-Comité était invité à proposer d'éventuels indicateurs au Programme sur la Femme, la Santé et le Développement qui les soumettrait au comité consultatif. Le Dr Elsa Gómez, du HDW, a participé aux délibérations du comité.

Le Directeur a insisté sur le fait que les données centrales devaient constituer une série de données minimum présentant un aperçu de la situation de la santé dans la Région. C'est pourquoi l'OPS souhaitait maintenir le nombre d'indicateurs de base à un niveau gérable. Cela ne signifiait pas, toutefois, que d'autres données n'étaient pas produites. De fait, les données sur les inégalités liées au sexe, à la situation géographique et les autres facteurs étaient produits et pouvaient être consultés sur le site Web et dans les publications de l'Organisation.

Expériences de l'analyse et du suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement (documents MSD19/5 and MSD19/6)

Six exposés ont été faits sur cette question, deux par des représentants des États membres, trois par des représentants des organisations du système des Nations Unies et un par un représentant d'une organisation de la société civile.

Equateur

Le Dr Lily Jara (Conseil national des Femmes (CONAMU), Equateur) a énuméré les efforts du CONAMU agence gouvernementale qui dépend du Bureau du Président de

l'Equateur, en vue de mettre au point un système d'information avec des indicateurs relatifs aux sexes qui faciliterait la détection des inégalités entre les sexes. Avec l'assistance technique de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), le CONAMU a identifié une série d'indicateurs basés sur les différents rôles que jouait la femme dans le contexte privé par rapport au bien-être social et économique. Le Document MSD19/5 dressait la liste des principaux indicateurs dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la participation politique, de la violence au sein de la famille, de l'emploi et de l'accès aux ressources.

Le CONAMU travaillait également avec d'autres institutions au niveau national pour que la question de l'équité entre les sexes soit incorporée dans la collecte de données et l'analyse de l'information. Le CONAMU avait collaboré avec le Bureau des Statistiques nationales et du recensement dans le cadre de la formation à l'utilisation des statistiques relatives à l'équité entre les sexes afin d'introduire une perspective sur cette question dans toutes les statistiques officielles. Avec le système intégré pour les indicateurs sociaux en Equateur (SIISE), il avait créé la base de données SÍMUJERES qui comprenait des indicateurs sur les sexes pour satisfaire aux exigences de suivi et d'évaluation de la Plateforme d'action de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) et d'autres mandats internationaux. Le CONAMU avait également collaboré avec d'autres institutions dans les domaines de la planification et du développement urbain et avait signé des accords avec divers ministères, notamment les ministères de l'éducation, de la santé et du développement urbain et du logement pour fournir une assistance technique à l'incorporation d'une composante sur l'équité entre les sexes dans leurs plans et leurs programmes. Le CONAMU avait veillé à l'utilisation des indicateurs sur l'équité entre les sexes dans toutes les prises de décision politique. Le Conseil entendait à l'avenir réaliser des recherches en vue de mettre au point des indicateurs dans les domaines qui n'étaient pas encore étudiés en Equateur, tels que l'utilisation du temps par les femmes et un projet de création d'indicateurs relatifs aux sexes pour le suivi, l'analyse et l'étude de l'impact.

Le Dr Jara a conclu ses remarques en soulignant que l'institutionnalisation d'un système complet d'information appliquant une optique de l'équité entre les sexes exigerait une coopération internationale de même qu'une collaboration entre les institutions au niveau national afin d'éviter les efforts inutiles et optimiser l'utilisation des ressources. Elle a montré ensuite comment accéder à la base de données SÍMUJERES sur le site www.siise.gov.ec.

Mexique

Mme Marcela Eternod Arámburu (Institut national de statistiques, de géographie et d'informatique, Mexique) a brièvement énuméré les activités entreprises par l'Institut

national de statistiques, de géographie et d'informatique (INEGI) dans le but d'adapter le système d'information national du Mexique aux besoins en information sous l'angle de l'équité entre les sexes. Le processus d'adaptation avait débuté en 1993, lorsque le Bureau de la Femme mexicain, qui était responsable de la préparation de l'information pour la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing, avait demandé à l'INEGI son assistance pour produire des statistiques ventilées par sexe. Le processus avait englobé non seulement les statistiques produites par l'INEGI, mais aussi celles qui étaient engendrées par les secteurs de la santé, de l'éducation, du travail et d'autres. L'Institut s'était concentré sur deux domaines principaux : l'analyse des données existantes émanant de sources diverses et la mise au point d'indicateurs ventilés par sexe.

En collaboration avec le Bureau régional du Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), l'INEGI avait analysé comment tirer le meilleur parti de l'information existante. De nombreux ateliers, auxquels avaient participé les producteurs et les utilisateurs de statistiques sur les sexes, avaient eu lieu pour définir les types d'information requis pour ébaucher les politiques publiques destinées à engendrer l'équité entre les sexes. L'Institut avait également collaboré avec la Commission nationale sur les femmes pour mettre au point des indicateurs de suivi et évaluer les activités du Programme national de la femme (PRONAM) et satisfaire aux besoins émergents dans des domaines où des lacunes avaient été identifiées en matière d'information, y compris l'exercice du pouvoir, la participation à la prise de décisions, la violence et l'utilisation du temps.

Ces travaux avaient débouché sur la création d'un Système d'indicateurs pour le suivi de la situation des femmes au Mexique (SISESIM), qui reflétait la situation démographique, économique, sociale et politique des femmes mexicaines par rapport à celle des hommes. Le SISESIM peut être consulté sur Internet à <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/sisesim/sisesim.html>. En outre, l'optique de l'équité entre les sexes a été incluse dans nombre des rapports et publications produits par l'INEGI, y compris dans le recensement de la population et du logement en 2000 et dans d'autres enquêtes nationales. Le Document MSD19/6 présentait des informations supplémentaires sur un certain nombre de publications de l'INEGI destinées à établir l'existence de différences entre les sexes dans la situation et la participation des femmes et des hommes mexicains dans différents contextes et à faire ressortir les conditions généralement défavorables des femmes.

Mme Eternod a rappelé que l'INEGI était convaincu de l'importance de l'inclusion de l'optique de l'équité entre les sexes dans le système national d'informations statistiques et de la fourniture d'informations pour faire apparaître les inégalités liées à la classe sociale, à l'âge et au sexe. Pour continuer à progresser vers cet objectif, il serait

nécessaire d'offrir une formation permanente aux responsables de la production des statistiques.

Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM)

Le Dr Guadalupe Espinosa-González (Directrice nationale, Fonds de développement des Nations Unies pour la femme) a décrit la stratégie appliquée par l'UNIFEM en vue de promouvoir et d'appuyer la production et l'utilisation des statistiques relatives à l'équité entre les sexes dans les pays de la région couverte par son bureau : Cuba, République dominicaine, Mexique et les pays d'Amérique centrale. Elle a commencé par relever que l'institutionnalisation des statistiques sur l'équité entre les sexes était un processus de longue haleine qui exigeait une volonté politique. La première étape du processus consistait à sensibiliser les producteurs et les utilisateurs de statistiques à la nécessité d'engendrer des indicateurs qui révéleraient les inégalités entre les hommes et les femmes. L'étape suivante était la construction de bases de données et de systèmes d'information avec une optique sur l'équité entre les sexes. Une fois produites les statistiques sur les sexes, l'étape finale – la plus importante – consistait à les utiliser pour élaborer et évaluer les politiques.

Les principaux participants au processus étaient les institutions qui avaient produit les statistiques dans les pays et les bureaux nationaux responsables de la mise au point de politiques destinées à améliorer la situation des femmes. Sans leur coopération, il serait impossible de faire quelque progrès que ce soit dans la production et l'utilisation de statistiques sur les sexes, mais il n'était pas toujours facile de les persuader de collaborer. Il était crucial qu'ils s'expriment dans une "langue" commune et comprennent les besoins et les contraintes des autres. Dans ce but, l'UNIFEM avait organisé une série de réunions et de séminaires dans les pays pour rassembler les producteurs et les utilisateurs et leur permettre d'identifier les besoins et de fixer les priorités. Lors de ce processus, un certain nombre de lacunes et de biais avaient été décelés quant à la façon dont l'information était recueillie et analysée. Par exemple, le langage dans nombre des manuels de formation du personnel chargé du recueil des données sur le terrain était partial et ne mentionnait que les hommes et utilisait des noms et des pronoms au masculin. Des lacunes dans les sources d'information avaient également été identifiées, notamment s'agissant de la violence au sein de la famille.

Les pays desservis par son bureau en étaient à différentes étapes du processus d'institutionnalisation de la production et de l'utilisation des statistiques sur les sexes, mais ils engendraient et publiaient tous des informations ventilées par sexe, ce qui représentait une amélioration très sensible. Avec de bonnes données reflétant la réalité dans laquelle vivaient les femmes, il serait possible d'identifier les inégalités et de mettre au point des macromesures et des politiques efficaces pour les aplanir. Dans plusieurs

pays par exemple, les études sur l'utilisation du temps donnaient de précieuses informations sur la contribution non rémunérée des femmes à l'économie nationale. Dans certains cas, des comptes satellites avaient été créés dans la comptabilité nationale en vue d'estimer la valeur économique du travail effectué par les femmes à la maison. Un pays avait créé ce type de compte satellite pour le secteur de la santé.

Les travaux de l'UNIFEM avec les producteurs et les utilisateurs des statistiques sur les sexes dans le secteur de la santé avaient clairement démontré que la santé des hommes et des femmes étaient influencée par davantage que leur constitution biologique. Les différences dans leurs rôles et responsabilités, professions, styles de vie, risques courus et comportements de recherche de soins donnaient lieu à des différences au niveau de la santé. Pour élaborer des programmes et des politiques efficaces répondant aux besoins des hommes et des femmes en matière de santé, il était essentiel de produire des informations sanitaires ventilées par sexe et d'analyser les informations sous l'angle de l'équité entre les sexes.

Division des statistiques des Nations Unies (UNSD)

Le Dr Joann Vanek (Division des statistiques des Nations Unies) a présenté les travaux de l'UNSD pour ce qui est de l'analyse et du suivi de l'équité entre les sexes. La base d'informations de la Division était composée de données recueillies par les bureaux nationaux de statistiques qui avaient été compilées dans une base internationale de données, la Base de données des statistiques et des indicateurs sur les femmes (Wistat). Plusieurs considérations fondamentales avaient présidé au développement de la Wistat. L'une d'entre elles était la localisation des données sur l'équité entre les sexes qui couvrait un large éventail de domaines et de régions. Les données se trouvaient souvent de ce fait dans des institutions nationales différentes ce qui rendait parfois leur accès difficile. Le cadre de la base de données était une autre considération. Une fois les données disponibles, il fallait les organiser pour obtenir une image claire de la situation des hommes et des femmes dans le pays. Le cadre utilisé pour la Wistat était le cadre de base des indicateurs sociaux adopté par l'UNSD dans les années 70 qui avait été adapté pour tenir compte des préoccupations relatives aux sexes. Les sujets d'inquiétude et les indicateurs spécifiques avaient été sélectionnés en étroite collaboration avec les utilisateurs. Le Dr Vanek a distribué une brochure présentant tous les indicateurs de la Wistat concernant la santé et les services de santé, la santé reproductive et les droits de reproduction de même que la violence à l'égard des femmes.

Pendant de nombreuses années, les travaux de la Division avaient été limités au recueil et à la compilation des données; l'analyse de l'information produite avait été laissée à d'autres. Cependant, à la fin des années 80, l'UNSD avait été invitée par plusieurs agences clés des Nations Unies à préparer un rapport sur les questions et les

tendances relatives à l'équité des sexes, ce qui a abouti à la publication de *Femmes dans le monde*, dont trois numéros ont été publiés à ce jour. Le succès de cette publication a incité plusieurs agences à demander à la Division d'aller plus loin encore et de fournir des directives pour aider les pays à préparer des rapports similaires au niveau national. C'est pourquoi l'UNSD a ébauché le *Manuel de préparation de rapports nationaux de statistiques sur les Femmes dans le monde*, qui montrait comment créer à l'aide de statistiques de base un indicateur dont la pertinence politique pourrait être analysée. Le Mexique avait appliqué certaines de ces directives dans la préparation de l'une de ses publications mentionnées par Mme Eternod dans son exposé.

La Division avait également travaillé avec les pays en offrant une formation pour améliorer la capacité de production, d'analyse et de diffusion des statistiques sur l'équité entre les sexes au niveau national. En août 2000, elle avait collaboré avec le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) pour organiser un atelier dans la région des Caraïbes auquel l'OPS avait également participé. Les sujets couverts dans les ateliers de formation comprenaient l'identification des principales questions et préoccupations relatives aux sexes, la définition des statistiques et des indicateurs pour les sujets identifiés, l'évaluation de la disponibilité des données, la compilation, l'analyse et la présentation des données et l'identification des lacunes dans les données de même que l'amélioration des statistiques sur l'équité entre les sexes. Les ateliers avaient réussi à sensibiliser les participants à la nécessité de statistiques sur les sexes et d'une coopération étroite entre les producteurs et les utilisateurs. Ils ont aussi éveillé l'intérêt pour l'amélioration des statistiques sur les sexes et expliqué comment atteindre cet objectif.

Le Dr Vanek a conclu son exposé en notant qu'au sein de l'UNSD, les statistiques sociales suscitaient un intérêt croissant. La Division tentait de réfléchir à la manière d'aborder la nature éphémère des indicateurs sociaux et d'identifier les indicateurs clés nécessaires pour mesurer le bien-être social d'un pays A en juger par la qualité des documents présentés au Sous-Comité, l'OPS était à l'avant-garde du domaine des statistiques sociales.

Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC)

Mme Diane Alméras (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes) a décrit les efforts déployés par la CEPALC pour mettre au point des indicateurs sur les sexes dans le cadre du projet "Utilisation des indicateurs sur l'équité entre les sexes dans l'élaboration de politiques publiques". Le projet avait recours à la série des indicateurs sur les sexes mis au point par la CEPALC en 1999 pour le suivi et l'évaluation du Programme régional d'action pour les femmes d'Amérique latine et des Caraïbes, 1995-2001 et de la Plateforme d'action de Beijing. Les recommandations de la Réunion d'experts sur les indicateurs sur les sexes et la politique publique en Amérique

latine, qui s'est réunie en octobre 1999, avaient jeté les bases de la formulation de la version initiale du projet; ce dernier était en cours de préparation depuis un an environ et était l'initiative conjointe d'un certain nombre d'agences des Nations Unies et des gouvernements des pays de la Région.

Le projet était destiné à construire un système intégré d'indicateurs sur les sexes à l'aide des indicateurs sociaux et économiques associés à d'autres indicateurs de participation, d'habilitation, de citoyenneté et de violence. Il tentait de répondre à quatre questions : 1) Quelles sont les informations qui feront apparaître non seulement la réalité différente dans laquelle vivent les hommes et les femmes, mais élucident aussi la relation entre eux et les nouveaux domaines dans lesquels on constate des inégalités du fait des progrès des femmes? 2) Quelles sont les questions pour lesquelles des indicateurs sont requis pour élaborer des politiques publiques? 3) Comment peut-on établir les liens nécessaires entre la conception des indicateurs et le développement méthodologique d'une part et la formulation des politiques, d'autre part 4) Comment peut-on encourager et renforcer les relations entre les producteurs et les utilisateurs des statistiques sur les sexes? Le projet n'était pas destiné à améliorer les statistiques sur les sexes mais plutôt à améliorer leur utilisation pour la formulation des politiques publiques.

Au titre des résultats escomptés, le projet devait engendrer un système d'indicateurs sur les sexes qui permettrait de suivre les changements de la situation des femmes par rapport à celle des hommes, pourrait être utilisé par les gouvernements, la communauté internationale et la société civile; la demande accrue et l'utilisation des indicateurs sur les sexes par les gouvernements et la société civile en vue de formuler et de suivre les politiques publiques et la disponibilité de l'information relative aux indicateurs sur l'équité entre les sexes sur un site Web pourraient s'inscrire dans un réseau interactif et convivial. Le site Web avait été lancé en mars 2001 et pouvait être consulté à www.eclac.org/mujer.

Réseau sanitaire des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes (LACWHN)

Le Dr María Isabel Matamala Vivaldi (Coordinatrice associée, Réseau sanitaire des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes) a décrit les indicateurs actuellement mis au point par le Réseau, au titre d'organisation de la société civile, en vue de juger dans quelle mesure les gouvernements respectaient leurs engagements internationaux pris lors de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (Le Caire, 1994). Dans ce but, le LACWHN avait élaboré une matrice d'indicateurs en appliquant une optique de l'équité entre les sexes qui faisait non seulement apparaître les inégalités entre les hommes et les femmes mais montrait aussi les efforts de réduction de ces inégalités en démontant les rôles stéréotypés des sexes ou à l'inverse, en démontrant l'absence de volonté politique pour promouvoir le changement et la pérennité des

politiques qui contribuaient à renforcer les rôles existants des sexes. Le suivi a débuté en 1994 – l'année de la conférence du Caire – et les exercices de suivi ont été réalisés sur trois ans. Les groupes et les réseaux de femmes des sept pays suivants participaient : le Brésil, le Chili, la Colombie, le Mexique, le Nicaragua, le Pérou et Suriname.

Six questions prioritaires de la santé des femmes avaient été à l'origine identifiées pour le suivi : 1) les conditions de vie des filles et la violence sexuelle contre les filles; 2) la responsabilité de l'homme dans la santé reproductive; 3) la participation de la société civile, notamment des organisations de femmes, aux prises de décision; 4) l'accès des adolescents des deux sexes aux services et à l'information sur la santé sexuelle et reproductive; 5) la qualité des services de santé sexuelle et reproductive et 6) l'humanisation des soins lors de l'interruption de grossesse. Par la suite, une septième question – la prévention du VIH/SIDA et les soins complets aux femmes atteintes du virus – avait été ajoutée. La matrice des indicateurs comprenait à la fois des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Les résultats de la première étape du suivi avaient été publiés en 1998 et avaient été présentés à la conférence du Caire+5 en 1999.

La première étape avait suggéré plusieurs domaines dans lesquels il convenait d'ajouter des indicateurs ou de fixer les priorités du suivi futur. Par exemple, il était apparu que les institutions gouvernementales avaient eu des difficultés à opérationnaliser l'optique sur les sexes, l'équité et les droits sexuels et reproductifs, ce qui pourrait être imputable à une méconnaissance des cadres conceptuels ou à une résistance aux changements culturels qui modifieraient les relations de pouvoir. En outre, il existait souvent un écart entre la politique arrêtée et les objectifs du programme et l'affectation des ressources pour les réaliser ce qui faisait ressortir le fait que la société civile devait convaincre non seulement les secteurs sociaux mais aussi le secteur financier. Partant de cette conclusion, la seconde étape du suivi inclurait un plus grand nombre d'indicateurs liés à l'allocation des ressources en vue de concrétiser les objectifs et assurer la viabilité des politiques et des programmes. La seconde étape inclurait également des indicateurs de transparence puisque l'on avait constaté lors de la première étape l'absence de transparence dans les institutions publiques vis-à-vis de la société civile; cet état de fait se traduisait par des obstacles tels que l'impossibilité de l'accès aux systèmes d'information, l'absence de données ventilées et parfois des données très contradictoires.

Une évaluation de la première étape avait révélé que, bien que la matrice comprenne plus de 80 indicateurs, une partie de l'information engendrée était trop générale et devait être plus spécifique pour pouvoir être utile à l'élaboration des politiques. Le Réseau avait donc procédé à l'ajustement de la matrice en ajoutant un certain nombre d'indicateurs nouveaux. La matrice élargie devait être utilisée pendant la seconde étape du suivi en 2001. Les résultats de la seconde étape du suivi devaient être disponibles sur Internet d'ici à la fin de l'année.

La plus grande partie de la discussion du Sous-Comité sur les expériences présentées avait été consacrée à la question de savoir ce qui constituait un indicateur sur l'équité entre les sexes. Le Directeur a fait remarquer que le fait qu'un phénomène se produisait uniquement chez les femmes ne suffisait pas à en faire un indicateur sur l'inéquité entre les sexes. Dans les cas de mortalité maternelle excessive, par exemple, quels sont les critères qui peuvent être invoqués pour le définir comme indicateur sur les sexes? De la même manière, si l'on relevait des différences entre les femmes des zones rurales et urbaines dans certains résultats sanitaires, comment pouvait-on prouver qu'elles étaient liées aux sexes et non pas seulement une conséquence de la répartition géographique des services qui n'avait rien à voir avec l'inégalité qui était l'une des manifestations de l'inéquité entre les hommes et les femmes? Selon la définition de l'équité entre les sexes de l'OPS, il y avait trois critères fondamentaux pour déterminer la présence d'inégalités : les différences pouvaient être évitées, elles étaient indépendantes de la volonté de la personne affectée et un agent quelconque était responsable de ces différences.

Le Dr Jara a souligné que le recours à une optique sur les sexes dans l'utilisation des données statistiques était essentiel. Ventiler les données par sexe ne suffisait pas car, bien que les chiffres fassent souvent apparaître des différences, ils ne révélaient pas leurs causes profondes. Une optique sur les sexes devait être appliquée dans leur analyse afin de déterminer comment les différences étaient liées aux fonctions et aux rôles socialement attribués aux hommes et aux femmes. Il fallait pour cela que le personnel soit formé à l'utilisation des indicateurs sur les sexes et à l'application de l'optique sur les sexes. Mme Eternod a ajouté que cette formation était importante non seulement pour les agents de l'État mais aussi pour la population en général. Le Mexique encourageait une "culture des statistiques". Dès l'école primaire, les enfants apprenaient à interpréter les données des recensements et des enquêtes afin de leur permettre de mieux comprendre la réalité de leurs communautés. Ce n'est qu'ainsi que des changements véritables pouvaient se produire.

Quant à ce qui constituait un indicateur sur les sexes, Mme Eternod a fait remarquer que, dans le cas de la mortalité maternelle, les études au Mexique avaient clairement prouvé que les morts maternelles étaient liées au traitement des femmes par les fournisseurs de services de santé pendant la grossesse et l'accouchement. Ces soins pouvaient parfois être qualifiés d'abus. Le Dr Espinosa a souligné que l'une des conclusions tirée des travaux de l'UNIFEM avec les producteurs et les utilisateurs de statistiques sur les sexes était que les taux du VIH/SIDA chez les femmes étaient nettement influencés par des facteurs liés au sexe. Outre les différences biologiques qui rendaient les femmes plus susceptibles de contracter une infection au VIH, les facteurs sociaux jouaient un rôle, notamment l'absence de pouvoir des femmes pour négocier des relations sexuelles sans danger.

Mme Eternod a fait remarquer que les données en elles-mêmes révélaient parfois clairement la discrimination – par exemple, lorsqu’il a été constaté que les femmes qui avaient des qualifications égales ou supérieures aux hommes gagnaient 35% de ce que gagnaient les hommes pour le même travail. En même temps, les données qui ne semblaient pas montrer de différences entre les hommes et les femmes pouvaient masquer la véritable situation, comme dans le cas des données sur la participation économique des femmes. Pour obtenir de bonnes données pouvant être analysées pour révéler les inégalités, il était nécessaire de poser les bonnes questions ce qui exigeait l’application de l’optique sur les sexes dans la collecte de données. S’agissant de la participation des femmes, le Dr Espinosa a fait observer que les données sur le travail non rémunéré des femmes étaient essentielles pour prouver l’existence d’inégalités entre les sexes et plaider en faveur de budgets qui redresseraient ces inégalités.

Autres questions

Le Sous-Comité a appuyé l’idée de comptes satellites dans la comptabilité nationale qui feraient apparaître la contribution des femmes à la production de la santé et a reconnu qu’il convenait d’encourager les pays à créer ce type de comptes. Le Sous-Comité a également insisté sur la nécessité de faire participer les producteurs et les utilisateurs à l’identification des besoins en information et à la définition des indicateurs. Plusieurs participants ont souligné la nécessité de la volonté et de l’action politiques, y compris l’allocation des ressources, pour éliminer les inégalités identifiées par le biais d’une analyse des indicateurs sur les sexes, bien que le Directeur ait exprimé des réserves car parfois ce qui semblait être une absence de volonté politique était simplement dû à l’absence de données et de propositions claires. Par exemple, lorsque les données montraient que les services de santé fournis aux femmes étaient dénués de sensibilité, il fallait démontrer aux décideurs que la société dans son ensemble pâtissait de cet état de fait et formuler une proposition présentant les avantages du redressement de ces inégalités.

Enfin, le concept de la santé en tant que droit de l’homme a été mis en exergue. Le Sous-Comité a souligné l’importance de la production d’informations révélant dans quelle mesure les engagements internationaux sur l’équité entre les sexes étaient respectés.

Présentation des recommandations du Sous-Comité au Directeur du Bureau panaméricain de la Santé

Le Sous-Comité a présenté les recommandations suivantes au Directeur qui les soumettra au Comité exécutif.

Recommandations

1. *Recommandations au Comité exécutif du Conseil directeur*

Le Sous-Comité recommande que le Comité exécutif exhorte les États membres à :

- a) œuvrer en faveur d'une vision nouvelle de la santé des femmes qui adopte une approche globale dans le cadre des droits de l'homme;
- b) veiller à ce que le cadre de la santé adopté inclue la santé mentale comme étant une composante sanitaire intégrale et explicite;
- c) veiller à ce que les statistiques sur les individus soient compilées, traitées, analysées et présentées avec une ventilation par sexe et âge et reflètent également les questions et les domaines liés aux inégalités entre les sexes;
- d) inclure et utiliser des statistiques qui permettront de suivre la différence d'impact selon les sexes du processus de réforme du secteur de la santé;
- e) accorder une haute priorité et allouer des ressources à la création de systèmes d'informations quantitatives et qualitatives qui orienteront les politiques de la santé et indiqueront le degré de respect des engagements nationaux et internationaux pris sur l'équité entre les sexes en matière de santé;
- f) mettre en place à cette fin des mécanismes de consultation et de collaboration soutenues entre les Ministres de la santé et les Bureaux des ministères qui s'occupent des questions féminines;
- g) veiller à ce que les utilisateurs et les producteurs de statistiques du gouvernement et de la société civile participent à la définition du contenu et des méthodologies de production, diffusion, analyse et suivi de l'information sur les sexes et la santé;
- h) donner la priorité à la formation de leur personnel pour réaliser des analyses quantitatives et qualitatives et des interventions sous l'angle de l'équité entre les sexes;
- i) s'efforcer de créer des comptes satellites dans le secteur de la santé en vue de reconnaître et de mesurer la contribution économique du travail non rémunéré des femmes à la santé;

- j) encourager et appuyer les initiatives de recherche intersectorielles sur l'utilisation du temps ce qui permettra de mesurer la contribution du travail non rémunéré des femmes à la santé;
- k) faciliter, aux fins de la recherche et du suivi, l'utilisation de l'information relative à la santé par les autres organismes d'État, les universités et la société civile;
- l) inscrire le sujet "sexes, femmes, santé et développement" à l'ordre du jour des sessions des organes directeurs en 2002.

2. *Recommandations au Directeur*

Le Sous-Comité a soumis au Directeur les recommandations suivantes, dans la mesure des ressources disponibles :

- a) veiller à ce que les informations quantitatives et qualitatives sur les individus produites par les unités techniques du Secrétariat soient recueillies, traitées, analysées et présentées avec une ventilation par sexe et par âge et tiennent compte des questions et des domaines liés à la question de l'équité entre les sexes;
- b) mener un programme d'activités qui optimisera la capacité d'analyse des sexes par les producteurs de données au sein du Secrétariat et dans les États membres;
- c) produire et présenter un rapport d'avancement des travaux de ce programme à la 20^e session du Sous-Comité du Comité exécutif sur la Femme, la Santé et le Développement;
- d) accorder une haute priorité à la collaboration interprogrammatique au sein du Secrétariat en vue de mettre en place une plate-forme électronique d'informations régionales qui expose les informations ventilées par sexe dans le domaine de la santé et du développement;
- e) étayer la production par le Secrétariat de publications périodiques sur les sexes, la santé et le développement, notamment un bulletin statistique semestriel et un profil régional à actualiser tous les quatre ans;
- f) appuyer la coopération technique entre les pays dans la production, la systématisation, l'analyse et l'utilisation des informations quantitatives et qualitatives sur les sexes, les femmes, la santé et le développement;

- g) encourager et promouvoir les efforts de collaboration avec les autres agences internationales qui partagent des objectifs similaires.

Le Directeur a remercié le Sous-Comité de la série de recommandations solides et constructives. Il a déclaré qu'il s'efforcera de veiller à ce que, dans la mesure des ressources disponibles, le Secrétariat applique les "recommandations au Directeur". A cet égard, il a remercié le Sous-Comité de reconnaître que le Secrétariat se heurtait à certaines contraintes financières. Il s'est déclaré satisfait que l'information occupe une place si prépondérante dans les recommandations car la production, l'analyse et la diffusion de l'information constituait l'un des principaux mandats de l'OPS. De toute évidence, les informations dans le domaine des sexes et du développement revêtaient une importance cruciale pour le Secrétariat et les pays.

Clôture de la session

Le Directeur a remercié tous les orateurs et les participants de leur précieuse contribution aux travaux de l'Organisation dans le domaine de la femme, de la santé et du développement. Le Vice-Président a exprimé les remerciements du Sous-Comité aux services de l'OPS pour leur soutien avant et pendant la session. Il a remercié les délégués de leur participation active et perspicace aux délibérations du Sous-Comité puis a déclaré la clôture de la 19^e session.

Annexes

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
4. Rapport sur les résultats du Programme de l'OPS sur la Femme, la Santé et le Développement, 1999-2000
5. Analyse et suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement : pourquoi et comment
6. Expériences de l'analyse et du suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement
 - Equateur
 - Mexique
 - Agences des Nations Unies
7. Expériences de l'inclusion des indicateurs de violence liés aux sexes dans les Systèmes d'information et de suivi de la santé
8. Production, analyse et diffusion de l'information sur la santé ventilée par sexe par l'OPS
9. Autres questions

LISTE DES DOCUMENTS

Documents de travail

MSD19/1	Ordre du jour
MSD19/2	Liste des participants
MSD19/3	Rapport sur les résultats du Programme de l'OPS sur la Femme, la Santé et le Développement, 1999-2000
MSD19/4	Analyse et suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement : pourquoi et comment
MSD19/5	Expériences de l'analyse et du suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement – Equateur
MSD19/6	Expériences de l'analyse et du suivi de l'équité entre les sexes en matière de santé et de développement – Mexique
MSD19/7	Expériences de l'inclusion des indicateurs de la violence liés aux sexes dans les Systèmes d'information et de suivi de la santé de la Bolivie, de l'Equateur et du Pérou
MSD19/8	Systèmes de surveillance de la violence familiale en Amérique centrale

Documents d'information

MSD/RP	Règlement intérieurs
MSD/TR	Termes de référence

LIST OF PARTICIPANTS*
LISTA DE PARTICIPANTES*

Members
Miembros

Belize
Belice

Ms. Joan Patricia Burke
Director
Health Education and Community
Participation Bureau
Belize City

Canada
Canadá

Ms. Lynne Dee Sproule
Acting Director
Women's Health Bureau
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Carmen López
Jefa de la División Salud de las Personas
Ministerio de Salud Pública
Santiago

Cuba

Lic. Arelys Santana Bello
Federación de Mujeres Cubanas
La Habana

* Liste uniquement disponible en version anglaise-espagnole

Members (*cont.*)

Miembros (*cont.*)

Cuba (*cont.*)

Lic. Enrique Comendero Hernández
Director, Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Dr. Antonio Diosdado González Fernández
Jefe, Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Nicaragua

Lic. Mariángeles Argüello
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Dra. Janett Vásquez
Asesora Ministerial
Ministerio de Salud
Managua

United States of America
Estados Unidos de America

Ms. Frances Page
Senior Public Health Advisor
Office of Women's Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Members (*cont.*)
Miembros (*cont.*)

United States of America (*cont.*)
Estados Unidos de America (*cont.*)

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Capt. Michael Lyman
Senior International Health Officer
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Karen Becker
Preventive Medicine Resident
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Observer States
Estados Observadores

Brazil
Brasil

Dr. João Yunes
Professor da Faculdade de Saúde Pública
de la Universidade de São Paulo
São Paulo

Observer States (cont.)
Estados Observadores (cont.)

France
Francia

Mme. Marie-Anne Courrian
Observatrice permanente adjointe de
la France auprès de l'OEA
Washington, D.C.

Mexico
México

Lic. Marcela Eternod Arámburu
Directora de Estudios Sociodemográficos
Instituto Nacional de Estadística, Geografía
e Informática (INEGI)
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora para América
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Blanca Rico
Coordinadora, Programa Mujer y Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Guillermo Reyes
Segundo Secretario, Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la OEA
Washington, D.C.

Observer States (*cont.*)
Estados Observadores (*cont.*)

Peru
Perú

Dra. Silvia Loli Espinoza
Gerenta de Promoción de la Mujer
Ministerio de Promoción de la Mujer
y el Desarrollo Humano
Lima

United Kingdom
Reino Unido

Ms. Rita Frett-Georges
Consultant/Director, Office of Gender Affairs
Road Town, Tortola
British Virgin Islands

World Health Organization
Organización Mundial de la Salud

Dr. Nafsiah Mboi
Director, Gender, Women and Health Program
Geneva, Switzerland

**Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

**Inter-American Commission on Women (OAS)
Comisión Interamericana de Mujeres (OEA)**

Lic. Mercedes Kremenetzky
Washington, D.C.

**Inter-American Development Bank (IDB)
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)**

Sra. Ingvild Belle
Washington, D.C

**United Nations Development Program (UNDP)
Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP)**

Ms. Patricia Abecassis
New York

**Presenters
Ponentes**

Ms. Diane Alméras
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
Santiago, Chile

Dr. Dora Caballero
Focal Point for Bolivia
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
La Paz, Bolivia

Presenters (*cont.*)
Ponentes (*cont.*)

Ms. Cathy Alma Cuellar
Subregional Coordinator for Central America,
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
San José, Costa Rica

Dr. Guadalupe Espinosa-González
Regional Director
United Nations Development Fund for Women for Mexico
and Central America (UNIFEM)
Mexico, D.F.

Dr. Elsa Gómez Gómez
Regional Advisor
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
Washington, D.C.

Lic. Lily Jara
Economista
Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU)
Quito, Ecuador

Dr. Maria Isabel Matamala Vivaldi
Associate Coordinator
Latin American and Caribbean Women's Health Network
Santiago, Chile

Dr. Cristina Schneider
Epidemiologist
Special Program for Health Analysis
Pan American Health Organization
Washington, D.C.

Dr. Joann Vanek
United Nations Statistical Bureau
New York, N.Y.

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

***Secretary ex officio of the Session
Secretario ex officio de la Sesión***

Sir George Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Director, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Advisers to the Director (cont.)
Asesores del Director (cont.)

Dr. Ciro De Quadros
Director, Special Program on Vaccines and Immunization
Director, División de Vacunas e Inmunización

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Mauricio Pardón Ojeda
Director, Division of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. Carlos Castillo Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Dr. Karen Sealey
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Dr. Diana Serrano LaVertu
Chief, Department of Personnel
Jefa, Departamento de Personal

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Technical Secretary
Secretaría Técnica

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo
Coordinator, Women, Health, and Development Program
Coordinadora, Programa de Mujer, Salud, y Desarrollo

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference Services
Jefe, Servicios de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona